# REVUE DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES MOIS

DIRECTEURS : MM.

F. TERRIER
[illegible]

A. PONCET
[illegible]

P. BERGER
Professeur de médecine opératoire
à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Beaujon,
Membre de l'Académie de médecine.

E. QUÉNU
Professeur agrégé
à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : **M. F. Terrier.**

VINGT-QUATRIÈME ANNÉE. — N° 1. — 10 JANVIER 1904


EXTRAIT

## NOTE SUR UN CANCER DE L'ESTOMAC SIMULANT L'ULCÈRE


Par MM. X. DELORE et R. LERICHE



FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR

ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

PARIS, 6e

1904

# BIBLIOTHÈQUE DE PHILOSOPHIE CONTEMPORAINE

**Volumes in-8, brochés, à 5 fr., 7 fr. 50 et 10 fr.**

---

## *EXTRAIT DU CATALOGUE*

STUART MILL. — **Mes mémoires, 3e éd.** 5 fr.
— **Système de logique. 2 vol.** 20 fr.
— **Essais sur la religion, 2e ed.** 5 fr.
HERBERT SPENCER. **Prem. principes. 10e éd.** 10 fr.
— **Principes de psychologie. 2 vol.** 20 fr.
— **Principes de biologie. 5e édit. 2 vol.** 20 fr.
— **Principes de sociologie. 4 vol.** 36 fr. 25
— **Essais sur le progrès. 5e éd.** 7 fr. 50
— **Essais de politique. 4e éd.** 7 fr. 50
— **Essais scientifiques. 3e éd.** 7 fr. 50
— **De l'éducation. 10e éd.** 5 fr.
PAUL JANET. — **Causes finales. 4e édit.** 10 fr.
— **Œuvres phil. de Leibniz. 2e éd. 2 vol.** 20 fr.
TH. RIBOT. — **Hérédité psychologique.** 7 fr. 50
— **Psychologie anglaise contemporaine.** 7 fr. 50
— **La psychologie allem. contemp.** 7 fr. 50
— **Psychologie des sentiments. 4e éd.** 7 fr. 50
— **L'Evolution des idées génér. 2e éd.** 5 fr.
— **L'imagination créatrice.** 5 fr.
A. FOUILLÉE. — **Liberté et déterminisme.** 7 fr. 50
— **Systèmes de morale contemporains.** 7 fr. 50
— **Morale, art et religion, d'ap. Guyau.** 3 fr. 75
— **L'avenir de la métaphysique. 2e éd.** 5 fr.
— **L'évolut. des idées-forces. 2e éd.** 7 fr. 50
— **Psychologie des idées-forces. 2 vol.** 15 fr.
— **Tempérament et Caractère. 2e éd.** 7 fr. 50
— **Le mouvement positiviste. 2e éd.** 7 fr. 50
— **Le mouvement idéaliste. 2e éd.** 7 fr. 50
— **Psychologie du peuple français.** 7 fr. 50
— **La France au point de vue moral.** 7 fr. 50
— **Esquisse psych. des peuples europ.** 10 fr.
— **Nietzsche et l'immoralisme.** 5 fr.
BAIN. — **Logique déd. et ind. 2 vol.** 20 fr.
— **Les sens et l'intelligence. 3e édit.** 10 fr.
— **Les émotions et la volonté.** 10 fr.
— **L'esprit et le corps. 4e édit.** 6 fr.
— **La science de l'éducation. 6e édit.** 6 fr.
LIARD. — **Descartes. 2e édit.** 5 fr.
— **Science positive et métaph. 4e éd.** 7 fr. 50
GUYAU. — **Morale anglaise contemp. 5e éd.** 7 fr. 50
— **Probl. de l'esthétique cont. 3e éd.** 7 fr. 50
— **Morale sans obligation ni sanction.** 5 fr.
— **L'art au point de vue sociol. 2e éd.** 5 fr.
— **Hérédité et éducation. 3e édit.** 5 fr.
— **L'irréligion de l'avenir. 5e édit.** 7 fr. 50
H. MARION. — **Solidarité morale. 5e éd.** 5 fr.
SCHOPENHAUER. — **Sagesse dans la vie.** 5 fr.
— **Principe de la raison suffisante.** 5 fr.
— **Le monde comme volonté, etc. 3 vol.** 22 fr. 50
JAMES SULLY. — **Le pessimisme. 2e édit.** 7 fr. 50
— **Etudes sur l'enfance.** 10 fr.
WUNDT. — **Psychologie physiol. 2 vol.** 20 fr.
GAROFALO. — **La criminologie. 4e édit.** 7 fr. 50
— **La superstition socialiste.** 5 fr.
P. SOURIAU. — **L'esthét. du mouvement.** 5 fr.
— **La suggestion dans l'art.** 5 fr.
F. PAULHAN. — **L'activité mentale.** 10 fr.
— **Esprits logiques et esprits faux.** 7 fr. 50
JAURÈS. — **Réalité du monde sensible.** 7 fr. 50
PIERRE JANET. — **L'autom. psych. 4e édit.** 7 fr. 50
H. BERGSON. — **Matière et mémoire. 3e éd.** 5 fr.
— **Données imméd. de la conscience.** 3 fr. 75
E. DE ROBERTY. — **L'ancienne et la nouvelle philosophie.** 7 fr. 50
— **La philosophi du siècle. 2e édit.** 5 fr.
— **Nouveau programme de sociologie.** 5 fr.
PILLON. — **L'année philosophique. Années 1890 à 1902, chacune.** 5 fr.
GURNEY, MYERS et PODMORE. — **Hallucinations télépathiques. 3e édit.** 7 fr. 50
L. PROAL. — **Le crime et la peine. 3e éd.** 10 fr.
— **La criminalité politique.** 5 fr.
— **Le crime et le suicide passionnels.** 10 fr.
COLLINS. — **Résumé de la phil. de Spencer.** 10 fr.
NOVICOW. — **Les luttes entre sociétés humaines. [illegible]e edit.** 10 fr.
— **Les gaspillages des sociétés modernes.** 5 fr.

DURKHEIM. — **Division du travail social.** [illegible]
— **Le suicide, étude sociologique.** [illegible]
— **L'année sociolog[illegible]** [illegible]
1898-9[illegible], 1[illegible] 19[illegible], 1900-1901, [illegible]
Année 1901-1902. [illegible]
J. PAYOT. — **Educ. [illegible]** [illegible]
— **De la croyance.** [illegible]
NORDAU [illegible] — **Dégénérescence** [illegible]
— **Les mensonges conventionnels** [illegible]
— **Vus du dehors.** [illegible]
LÉVY-BRUHL. — **Philosophie [illegible]** [illegible]
— **Lettres de [illegible]** [illegible]
— **Philosophie d'Aug. Comte.** [illegible]
— **La morale et la [illegible]** [illegible]
G. TARDE. — **La logique [illegible]** [illegible]
— **Les lois de l'imitation.** [illegible]
— **L'opposition universelle.** [illegible]
— **L'opinion et la foule.** [illegible]
— **Psychologie économique.** [illegible]
G. DE GREEF. — [illegible]
SÉAILLES. — **Essai [illegible]** [illegible]
V. BROCHARD. — [illegible]
AUG. COMTE. — **Sociol[illegible]** [illegible]
E. BOUTROUX. — [illegible] **philosophie.** [illegible]
P. MALAPERT. — [illegible]
A. BERTRAND. — [illegible]
— **Les études [illegible]** [illegible]
H. LICHTENBERGER. — [illegible]
THOMAS. — **L'éducation [illegible]** [illegible]
— **Pierre Leroux.** [illegible]
G. LE BON. — **Psychol. [illegible]** [illegible]
RAUH. — **De la [illegible] des sentiments.** [illegible]
— **L'expérience morale.** [illegible]
DUPRAT. — **L'instabilité [illegible]** [illegible]
HANNEQUIN. — **L'hypothèse [illegible]** [illegible]
LALANDE. — **Dissolution [illegible]** [illegible]
DE LA GRASSERIE. — [illegible]
BOUGLÉ. — **Les idées [illegible]** [illegible]
DUMAS. — **La tristesse [illegible]** [illegible]
G. RENARD. — [illegible] **l'histoire littéraire.** [illegible]
STEIN. — **La [illegible]** [illegible]
BARZELLOTTI. — **La philosophie [illegible]** [illegible]
RENOUVIER. — [illegible]
— **Hist. et solut. [illegible]** [illegible]
— **Le personnalisme.** [illegible]
BOURDEAU. — [illegible]
— **Le problème de la vie.** [illegible]
SIGHELE. — **La foule [illegible]** [illegible]
SOLLIER. — **Le problème [illegible]** [illegible]
— **Psychologie de l'[illegible]** [illegible]
HARTENBERG. — **Les timides [illegible]** [illegible]
LE DANTEC. — **L'unité [illegible]** [illegible]
— **Les limites d[illegible]** [illegible]
OSSIP-LOURIÉ. — **Pensées [illegible]** [illegible]
BRAY. — **Du beau.** [illegible]
PAULHAN. — **Les caractères.** [illegible]
LAPIE. — **Logique [illegible]** [illegible]
GROOS. — **Les jeux [illegible]** [illegible]
XAVIER LÉON. — **Philosophie [illegible]** [illegible]
OLDENBERG. — **La religion [illegible]** [illegible]
— **Le Bouddha. 2e [illegible]** [illegible]
WEBER. — **Vers [illegible] l'idéalisme.** [illegible]
TARDIEU. — **L'ennui.** [illegible]
RIBÉRY. — [illegible] **des caractères.** [illegible]
GLEY. — **Psychologie [illegible]** [illegible]
SABATIER. — **Philosophie [illegible]** [illegible]
MAXWELL. — **Les phénomènes psychiques.** [illegible]
SAINT-PAUL. — **Le langage [illegible] paraphasies.** [illegible]
LUBAC. — **Esquisse d'un système de psychologie rationnelle.** [illegible]
HALÉVY. — [illegible]
V. EGGER. — **La parole intérieure.** [illegible]

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

# NOTE SUR UN CANCER DE L'ESTOMAC SIMULANT L'ULCÈRE

### PÉRIGASTRITE ADHÉSIVE, INSUFFISANCE DE LA LIBÉRATION DES ADHÉRENCES ET DE LA GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE

PAR MM.

**X. DELORE,** et **R. LERICHE,**

Assistant de M. le Prof. Poncet (de Lyon).

Interne des hôpitaux (de Lyon).

L'opportunité du traitement chirurgical du cancer gastrique n'est plus discutable aujourd'hui, et cette partie de la chirurgie stomacale en est aujourd'hui à ce point de son histoire où s'affirment les règles thérapeutiques par la précision des indications et la connaissance détaillée des résultats prochains et éloignés.

C'est à ce titre que nous publions l'observation suivante, sur les conseils de notre maître, M. le professeur Poncet.

C'est celle d'une malade que nous avons pu suivre et observer minutieusement pendant plusieurs mois à la Clinique et pour laquelle on avait porté le diagnostic de périgastrite ulcéreuse. L'histoire de la maladie évoluant pendant des années comme un ulcère, l'examen clinique, des constatations opératoires, tout semblait légitimer et confirmer ce diagnostic. La simple libération des adhérences, puis plus tard une gastro-entéro-anastomose n'ayant amené que des résultats éphémères, on réséqua la plus grande partie de l'estomac, et l'examen histologique de la pièce enlevée révéla un cancer. Celui-ci avait donc évolué pendant des années sans ganglions, sans généralisation, sans cachexie, restant jusqu'à la fin parfaitement extirpable.

Il ressort pour nous avec évidence de cette observation que l'on

s'est peut-être trop hâté de déclarer la supériorité d'une thérapeutique simplement palliative dans le cancer de l'estomac et qu'à côté des nombreux cas où la gastro-entérostomie est la seule et d'ailleurs excellente intervention possible, il faut faire une place plus large aux pylorectomies et aux gastrectomies.

Isolé en quelque sorte dans la cavité péritonéale, l'estomac peut être facilement exploré. « Plus facilement qu'une langue, qu'un sein ou qu'un rectum » (Hartmann et Cunéo). Ses lymphatiques et ses ganglions sont extirpables. Les conditions d'une opération radicale se présentent bien plus favorablement qu'ailleurs.

Et de plus, il semble bien, notre observation en est la preuve, que certains cancers gastriques ont une évolution en quelque sorte bénigne, ne se généralisant que très tard, bref, qu'il y a lieu d'établir la même distinction d'évolution entre eux qu'entre les cancroïdes cutanés et les cancers des muqueuses.

Quels sont ces cas? Ne seraient-ce pas ces cancers greffés sur des ulcères que le professeur Tripier et Duplant ont montrés n'être que des cancers rongeants, à lente évolution? C'est ce qu'il faut rechercher. Et notre observation est une simple contribution à cette étude.

OBSERVATION. — Diagnostic résumé : *Ulcère de l'estomac. Périgastrite adhésive. Décollement des adhérences. Ultérieurement gastro-entéro-anastomose. Puis, gastrectomie partielle. Fistule gastrique au 11e jour. Mort.* — Autopsie : *Symphyse péricardique. Symphyse pleurale. Pas de ganglions, ni de généralisation.* — Examen histologique : *Cancer.*

Marie Del..., soixante-deux ans, journalière.

Pas d'hérédité particulière; cependant une de ses sœurs serait morte à quarante-cinq ans d'un cancer de l'estomac.

Personnellement, histoire très chargée. A deux ans, contusion abdominale violente; à treize ans, fièvre typhoïde assez grave. De quarante-cinq à quarante-neuf ans, cette femme, jusque-là bien réglée, qui n'avait eu ni enfant, ni fausse couche, présente des phénomènes utérins.

On crut, dit-elle, à une grossesse extra-utérine. Finalement, M. Levrat lui fit, à la Charité, une hystérectomie abdominale supra-cervicale qui la guérit.

Quelque temps après, elle présenta des phénomènes douloureux de l'abdomen, des troubles digestifs et fit deux séjours dans le service de M. Bouveret.

Améliorée d'abord, elle fut, deux ans plus tard, laparotomisée par M. Sabatier.

L'intervention paraît avoir visé une tumeur périgastrique et fut peut-être simplement exploratrice. En tout cas, la guérison opératoire fut rapide, mais la malade ne fut guère améliorée.

Un peu plus tard, M. Bérard enlève, à deux reprises, un cancroïde de l'aile du nez, dans le service de M. Poncet.

En août 1902, elle entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Mouisset, suppléé alors par M. Duplant. Elle dit souffrir de l'estomac par périodes depuis dix ans. Dans ces derniers mois, ses souffrances sont devenues intolérables; à l'entrée, elle est très amaigrie, très pâle, gardant le lit. Les douleurs sont localisées dans la région épigastrique médiane et gauche, avec irradiations très nettes à gauche et dans le dos et des paroxysmes capricieux et pourtant assez constants après le repas; sensation gravative avec tiraillements sous-ombilicaux.

La malade a un dégoût spécial pour les aliments azotés, des nausées, des renvois muqueux et glaireux. Pas de vomissement alimentaire, sauf quatre jours avant l'opération.

Jamais d'hématémèse, ni de melæna. Pas de signe de sténose pylorique. L'exploration met en évidence la sensibilité de la région épigastrique surtout à gauche, entre la ligne médiane et le rebord des fausses côtes. A ce niveau, on sent une masse dure, douloureuse irrégulière. Quelques nodosités semblent se continuer jusqu'à l'ombilic.

Au-dessous existe une légère éventration et une hernie épiploïque.

Le lobe gauche du foie est facilement perçu.

L'insufflation de l'estomac, pratiquée très prudemment par M. Duplant, lui montra que la grande courbure ne descendait pas au-dessous de l'ombilic. Le chimisme stomacal montre de l'hyperchlorhydrie.

Au bout de quelques jours, la malade, jusque-là apyrétique, eut des poussées fébriles (39°) coïncidant avec une accentuation notable des douleurs, une anorexie presque absolue. L'élévation de température dura environ quinze jours.

En présence de ces symptômes et de l'apparition de la fièvre, MM. Duplant et Langlais portent le diagnostic de périgastrite adhésive consécutive à un ulcus gastrique, le foyer péritonéal étant en pleine activité inflammatoire.

La malade est soumise à M. Delore et envoyée dans le service de M. le prof. Poncet.

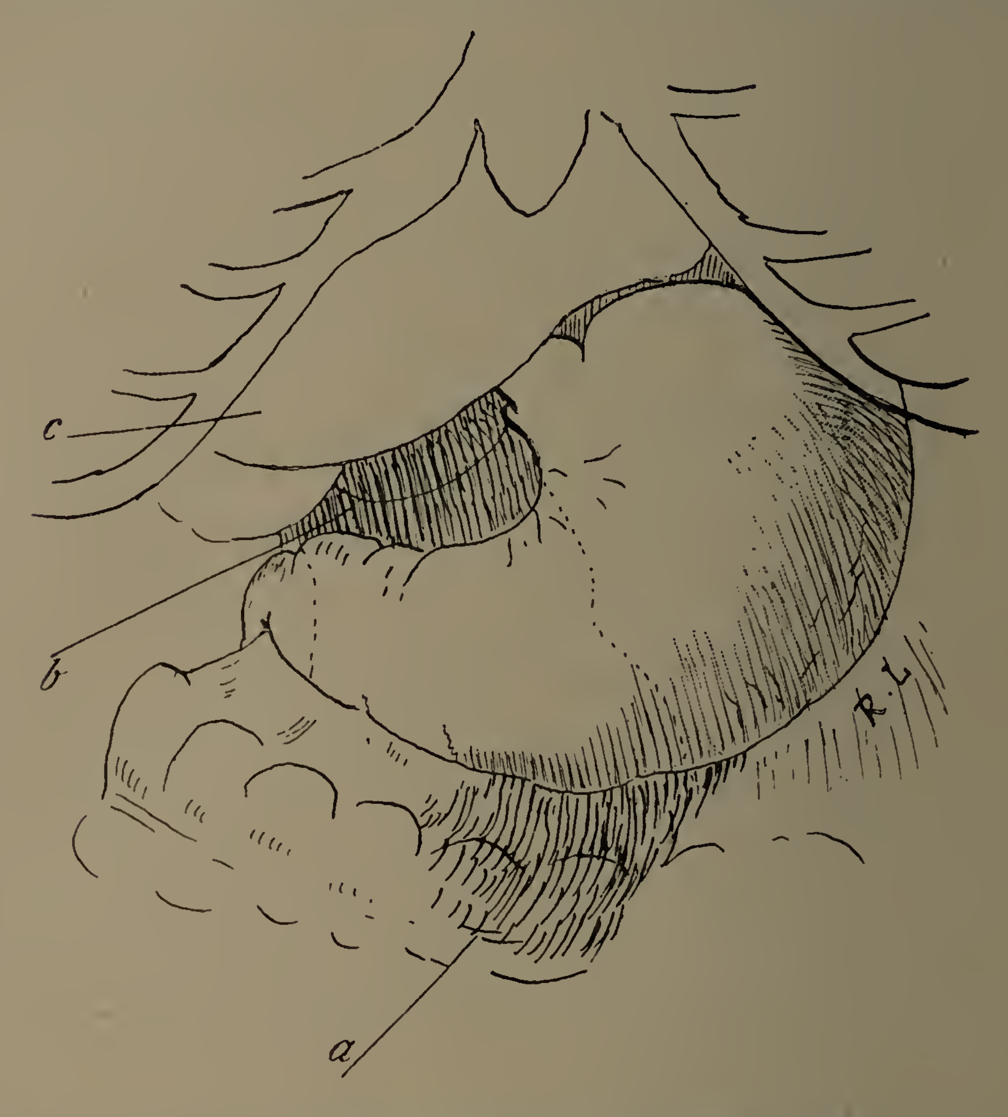
Le 30 août, M. Delore fait une laparotomie sus-ombilicale après éthérisation. On trouve l'épiploon adhérent au péritoine pariétal, qui est prudemment incisé. En haut, on tombe sur une grosse masse adhérente qui est soigneusement disséquée. On constate qu'elle comprend de l'épiploon adhérent et enflammé, unissant la paroi à la nappe sous-jacente que l'on résèque entre deux pinces, puis une masse formée par la partie inférieure de la petite courbure et le commencement de la face antérieure adhérant solidement au bord antérieur et à la face inférieure du foie (voy. la figure). Celui-ci, à ce niveau, est fibreux, induré, s'allongeant en une languette scléreuse qui va se fusionner intimement avec la paroi stomacale. On peut alors disséquer à petits coups de ciseaux ces adhérences et finalement libérer complètement l'estomac.

Il semble que l'on a affaire à une adhérence formée par le fond d'un ancien ulcère de la petite courbure qui est venu se coller contre la face inférieure du foie. Suture hémostatique de la tranche hépatique. Tout autour, existent d'autres adhérences gastro-hépatiques moins solides, com-

prenant la région pylorique de la face antérieure de la petite courbure et les unissant à la face inférieure du foie; ces adhérences furent décollées autant que possible et on laissa une mèche tant pour l'hémostase que pour maintenir la séparation.

Il existe une adhérence du côlon transverse au bord inférieur de l'antre pylorique. On la respecte et on referme l'abdomen.

Après l'opération, la malade fut rapidement très améliorée, ne souffrant




*a*, adhérences gastro-coliques à hauteur de l'ombilic; *b*, adhérences gastro-hépatiques allant jusqu'à la vésicule; *c*, foie. — Le pointillé indique la zone de la face antérieure adhérente à la paroi.

plus de crises gastriques, digérant bien et sans aucun trouble chimique ou mécanique du côté gastrique.

C'est à cette époque, alors qu'elle avait repris un embonpoint marqué et retrouvé ses forces, qu'elle fut présentée par M. Duplant [1] à la *Soc. des Sciences médicales de Lyon*, où elle fut le point de départ d'une discussion sur la périgastrite ulcéreuse à laquelle prirent part MM. Josserand, Mouisset, Duplant, Villard et Jaboulay.

Mais bientôt les phénomènes douloureux réapparurent; la douleur est surtout localisée au creux épigastrique, à deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic du côté gauche.

1. Duplant, *Lyon médical*.

Les digestions sont lentes, douloureuses, sans cependant que ces douleurs paraissent relever du travail digestif.

Le régime lacté est sans aucune influence. La malade commence à maigrir légèrement.

Elle réclame instamment une deuxième intervention qui la soulage comme la première.

Le 6 novembre, la malade souffrant beaucoup et ayant vomi, on décide une gastro-entérostomie qui est pratiquée par M. Delore le surlendemain, 8. L'incision sus-ombilicale suivant l'ancienne cicatrice montre que toute la face antérieure de l'estomac et du lobe gauche du foie sont adhérents à la cicatrice. Ce n'est qu'à la partie inférieure de l'incision qu'on peut ouvrir la grande cavité péritonéale. On trouve alors le pylore et la petite courbure fixés au foie à peu près aussi intimement que lors de la première intervention. La masse pylorique est *énorme*, *dure*, *simulant un véritable cancer*.

Sans chercher à libérer l'estomac, on fit une gastro-entéro-anastomose postérieure au bouton de Jaboulay.

Les *suites* opératoires furent des plus simples ; nous noterons simplement, dans les quelques jours qui suivirent l'intervention, des signes de congestion pulmonaire, avec de l'irrégularité et de la faiblesse des bruits cardiaques, d'ailleurs accélérés, ayant nécessité l'administration de digitale. Les douleurs disparurent entièrement ; la malade, ne souffrant plus, revenue à l'alimentation ordinaire des malades, très améliorée, sinon guérie complètement, fut présentée de nouveau, le 26 novembre 1902, à la *Société des Sciences médicales*[1].

Pendant le mois de décembre, cet état d'amélioration se maintient sans faiblir ; la malade ne présente aucun phénomène gastrique, ne souffre plus du tout dans la région épigastrique.

Par contre, elle a une constipation opiniâtre, amenant de violentes coliques siégeant surtout à gauche.

A partir du mois de janvier, l'appétit diminue, la malade maigrit, et semble petit à petit se cachectiser. Elle fait trois poussées aiguës fébriles, avec douleurs vives dans tout le côté gauche de l'abdomen, avec irradiations dans l'épaule du même côté. Elle ne vomit pas, mais elle mange peu, la digestion est lente, presque douloureuse. Le régime lacté est sans influence. Constipation persiste. Localement, l'exploration permet de sentir que l'épigastre tout entier est le siège d'une tuméfaction dure et douloureuse, avec élévation de température locale.

Après chacune de ces crises, l'état général, qui a faibli, semble se relever, mais reste toujours inférieur à ce qu'il était auparavant.

La malade ne quitte plus le lit et n'est plus soulagée que par la morphine à hautes doses. Elle demande à ce qu'on l'opère de nouveau, ne voulant absolument pas rester dans cet état.

Le 20 mars, chloroformisation. M. Delore fait une nouvelle laparotomie sus-ombilicale dans l'intention de faire une gastrectomie.

1. Voir *Lyon médical*, 1902, t. II, p. 912 : Leriche, Périgastrite adhésive, et discussion Delore, Mouisset, Duplant.

L'estomac est trouvé adhérent à la cicatrice sur une étendue large comme la paume de la main; tout le péritoine sus-ombilical a d'ailleurs disparu. Après avoir détaché cette surface, on sépare à coups de ciseaux le foie de l'estomac en tranchant en pleine substance hépatique. On peut alors placer une pince sur l'épiploon gastro-hépatique et détacher la petite courbure sur une longueur de 7 à 8 centimètres. Même manœuvre sur le ligament gastro-colique. Une pince est fixée sur le duodénum, une autre sur la poche cardiaque. Entre ces deux pinces, toute la région pylorique est enlevée sur une longueur de 12 à 15 centimètres. Sur la pièce existent plusieurs ulcérations à caractères plutôt néoplasiques. On a l'impression qu'il s'agit d'un néoplasme circulaire prépylorique. Nulle part cependant, *ni sur la pièce enlevée, ni au niveau des épiploons, on ne trouve de ganglions.*

L'orifice de gastro-entérostomie faite antérieurement n'admet guère que le petit doigt, et ce calibre engage M. Delore à libérer l'anse intestinale et à établir une nouvelle bouche à quelques centimètres au-dessus, sur la paroi stomacale, l'incision de l'intestin servant toujours à la bouche.

L'anastomose est faite au bouton de Jaboulay. On résèque l'orifice gastrique de la gastro-anastomose ancienne, et on passe aux sutures.

Sutures perforantes profondes de la tranche gastrique, sutures superficielles séro-séreuses à points séparés, suture en bourse de l'orifice duodénal, sutures séro-séreuses de perfectionnement.

Ligature de l'épiploon gastro-hépatique, de l'épiploon gastro-colique.

L'arcade artérielle de la petite courbure est liée aussi aux deux bouts.

On termine par une suture partielle de la plaie en laissant un tamponnement serré. Caféine et sérum artificiel (250 g.).

Le soir, on fait une nouvelle injection de sérum artificiel et une piqûre de morphine, les douleurs étant très vives.

Le pouls est à 80; il n'y a pas de dyspnée.

Dès le lendemain, lavements alimentaires.

Le 3e jour, on fait boire la malade, qui ne souffre pas, mais est assez faible; on continue les lavements alimentaires.

Le 5e jour, on fait le premier pansement. Les pièces profondes sont légèrement imbibées de bile. La cavité bourgeonne et commence à se combler.

Il n'y a pas de température; le pouls est bon, à 80.

Pas de vomissement, ni de régurgitation; on donne du lait, du café, du champagne à petites doses fréquemment répétées. La malade semble petit à petit se remonter.

Le 31 mai (11e jour), en défaisant le pansement, on trouve une odeur particulière de suc gastrique et on aperçoit au fond de la cavité qui se forme une petite fistulette à la partie supérieure.

Dès lors, dénutrition rapide; la malade se cachectise, ne veut plus boire.

Le 4 avril, elle meurt sans agonie.

Autopsie, faite vingt-quatre heures après la mort. Éviscération totale.

*Poumons* : Le gauche est absolument libre, sans adhérences. A droite, symphyse pleurale complète sur toute la hauteur du poumon, avec un corps osseux de 6 à 7 centimètres de long inclus dans un paquet d'adhérences à

la hauteur de la 10e côte. Toutes les côtes sont intactes, sans trace de fracture.

On ne trouve aucune trace de tuberculose ancienne ou récente.

Les sommets, aussi bien au doigt qu'à la coupe, sont absolument intacts.

D'autre part, les adhérences pleurales droites ne se continuent pas avec le péricarde et il n'y a pas de relation macroscopique avec les lésions péricardiques.

*Cœur* : Il n'existe plus de cavité péricardique. En dessous du feuillet fibreux qui semble représenter les deux feuillets séreux accolés, il existe une épaisse couche de graisse allant jusqu'au tissu myocardique. En somme, symphyse péricardique totale avec surcharge graisseuse. Gros cœur : 520 grammes.

Rien aux valvules aortiques ; à la mitrale, légère induration scléreuse des bords.

*Aorte* : Athéromateuse à la partie inférieure, surtout près de la bifurcation.

*Reins* : petits, scléreux, avec de petits kystes; capsule adhérente.

*Uretère* et *vessie* sains.

*Rate* : Périsplénite très marquée; le tissu splénique est dur et résistant à la coupe; larges et nombreux îlots jaunâtres qui semblent être des infarctus anciens.

Le plancher pelvien est fermé par le péritoine doublé d'un tissu conjonctif assez dense : tout l'appareil utéro-ovarien est absent.

*Tube digestif* et *foie* : Au niveau de la partie supérieure de l'incision abdominale, la cavité formée par le Mikulicz et limitée par des adhérences péritonéales est constituée par le foie en haut, formant couvercle, en dehors et à droite, un gros paquet d'adhérences noyant la vésicule, petite et sans calcul, englobant le duodénum fermé en bourse, et se prolongeant en bas sur le côlon transverse qu'elles compriment et transforment en un tissu induré et infiltré. Ce sont ces adhérences coliques qui de même forment en bas le plancher de la cavité dont toute la partie gauche est fermée par l'estomac réduit au grand cul-de-sac. Les sutures ont lâché sur un point où il existe un orifice rougeâtre, admettant la pointe des ciseaux.

Quant à l'orifice de la gastro-entérostomie, il est parfaitement étanche. Le bouton n'est plus en place. L'anastomose a été faite à quelques travers de doigt de l'angle duodéno-jéjunal.

*Cæcum*, *appendice* sont sains; le *côlon*, en dehors de la partie étranglée par les adhérences, est intact, et offre un calibre normal.

En somme, les troubles de circulation du gros intestin étaient exclusivement sous la dépendance des adhérences de la partie inférieure de l'estomac avec le milieu du côlon transverse.

La face convexe du foie est lisse et sans adhérences.

Le long de la petite courbure, sur toute la longueur de la colonne lombaire, on cherche vainement des ganglions. On ne peut en trouver en aucun endroit. Pas de ganglion de Troisier. Pas de ganglions mésentériques.

Examen histologique d'un fragment prélevé lors de l'opération sur la

pièce fraîche, due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Paviot. « Sur les coupes du fragment qui nous parvient, il n'y a pas le moindre doute : c'est à un cancer que l'on a affaire.

« On a toutes les transitions, depuis les cellules rondes infiltrées ou amassées en petits nids, comme dans le squirrhe et les parties où ces cellules grossissent, deviennent épithéliomateuses en se disposant en tubes pleins, enfin, jusqu'à la disposition en gros lobules épithéliomateux.

« Tissu qui ne peut sûrement pas répondre à une périgastrite ulcéreuse. »

En somme, voici une malade qui, après dix ans de douleurs gastriques et de troubles stomacaux, a un cancer sans ganglions, sans aucune généralisation. Qu'on admette, avec la majorité des auteurs, avec Bouveret et Pignal, avec Hayem, qu'il s'agisse d'un cancer greffé sur un vieil ulcère, ou qu'on considère, avec Tripier et Duplant, ces formes comme un type spécial de cancer gastrique, analogue à l'ulcus rodens de la face, la conclusion est identique au point de vue pratique : il s'agit là d'une tumeur, moins maligne que les autres, et où l'intervention peut être réellement curative [1].

Dans ces cas, comme le disait récemment M. Mouisset [2], « même lorsque le microscope révèle la dégénérescence néoplasique, la maladie revêt une forme bien caractéristique : la nature des symptômes, en particulier l'hyperchlorhydrie, l'évolution lente avec des périodes de rémission, les résultats thérapeutiques plus complets et plus durables obtenus par la gastro-entéro-anastomose lorsque cette opération est nécessaire, créent des différences notables entre cette forme des lésions organiques et les autres cancers de l'estomac ».

Mais comment différencier ces formes des ulcères dont elles revêtent le masque? Nous ne pouvons indiquer ici les éléments d'un diagnostic aussi délicat, mais il nous semble, en nous plaçant à un point de vue plus particulier, qu'en présence d'une périgastrite subaiguë, rebelle à une thérapeutique chirurgicale bien conduite, — libération des adhérences avec péritonisation aussi parfaite que possible, gastro-entérostomie au cas de syndrome pylorique [3], — il faille craindre le cancer. Sans doute la périgastrite naît le plus souvent d'un ulcère ou vient d'une vésicule calculeuse, mais elle n'est, ni rare ni exceptionnelle, dans le cancer de l'estomac. Elle l'est moins peut-être encore qu'on ne le dit. Tournier [4], dans des recherches faites avec Bret, a montré que les *cancers de l'estomac qui s'exté-*

1. Bouveret, *Traité des mal. de l'estomac*; Pignal, Thèse de Lyon, 1891; Mathieu, *Soc. méd. des hôpitaux*, 1897; Dieulafoy, *Acad. de Méd.*, 1898; Hayem, *Presse médicale*, 1901; Duplant, Thèse de Lyon, 1897.
2. Mouisset, *Soc. des Sc. méd.*, 8 mars 1903; *Lyon méd.*, 17 mai 1903.
3. Voir Langlais, Pinatelle (Thèses de Lyon, 1902).
4. Tournier, *Lyon médical*, n° 1847.

*riorisent* sont des cancers entés sur des ulcères. Il est donc probable que nombre de périgastrites où l'on incrimine un ulcère en activité relèvent en fin de compte d'un cancer, et nous croyons, d'après les récidives notées dans bien des cas, d'après certains symptômes relevés à la lecture d'observations publiées, que parfois, si l'on avait pu suivre les malades plus longtemps, une biopsie ou une autopsie auraient fait changer le diagnostic étiologique.

On peut d'autre part se demander si ces formes, en tant que moindre malignité, ne sont pas les plus favorables à un traitement chirurgical curatif. *A priori* il semble bien que l'inflammation des parois stomacales autour de l'ulcération, en même temps qu'elle fait faire des adhérences plastiques au dehors, tende à édifier du tissu fibreux autour d'elle, et par suite, qu'il s'agisse de ces néoplasmes à tissu fibreux, dont le pronostic est incontestablement le moins sévère. En pratique, si nous en jugeons par notre observation, macroscopiquement on a affaire à un épaississement considérable de la paroi stomacale autour de l'ulcération. A la coupe macroscopique, le tissu, dans notre cas, criait sous le bistouri et on avait l'impression d'une de ces cavités, localisées encore mais en voie d'accroissement, tendant à envahir tout l'estomac. Lebert, Paul Broca, Habershon, Œthriger ont rapporté des cas semblables. Et il semble bien qu'en présence de pareilles lésions, la gastrectomie soit l'opération de choix. En telle sorte que, conclurions-nous volontiers, après l'échec de la libération des adhérences, de la gastro-entéro-anastomose dirigés contre une périgastrite soupçonnée ulcéreuse, il faut craindre le cancer ulcérant et ne pas hésiter à faire une gastrectomie large.

A un tout autre point de vue, nous relèverons un détail dans notre observation, une simple constatation opératoire. — Quatre mois et demi après l'anastomose faite au bouton de Jaboulay, l'orifice était tellement rétréci qu'il admettait à peine le petit doigt. Plusieurs auteurs ont rapporté des cas de sténose plus ou moins rapide après l'emploi du bouton dans la gastro-entérostomie. Pareil accident serait plus rare quand on emploie la suture. Il nous semble que la pathogénie de cet accident est assez simple : la nouvelle bouche doit se fermer toutes les fois que le pylore est encore perméable. Elle reste ouverte et garde son calibre primitif toutes les fois qu'il y a sténose orificielle infranchissable, exactement au même titre que se ferme une fistule périnéale quand l'urètre est intact et que l'urine y a son libre cours et qu'elle persiste tant qu'un calibrage du conduit n'a pas rendu perméable la voie primitive.

---